FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

No 117

Contribution à l'Étude du Problème étio-pathogénique de l'Infection du Post-Partum à propos d'une comparaison statistique

Travail de la Clinique Obstétricale et Gynécologique de la Faculté de Médecine de Marseille

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

Le 8 Décembre 1955

PAR

Henri RUF

Interne des Hôpitaux

Né le 7 décembre 1924, à Diego-Suarez

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examinateurs de la Thèse	MM. CHOSSON	*Président*
	MOIROUD	
	SERMENT	*Assesseurs*
	GAMBARELLI	

Éditions LECONTE
98, Cours Lieutaud
MARSEILLE
1 9 5 5

Contribution à l'Étude du Problème étio-pathogénique de l'Infection du Post-Partum à propos d'une comparaison statistique

PERSONNEL DE LA FACULTE MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Doyen : G. MORIN — *Assesseur :* J. DELPHAUT

Professeurs honoraires : MM. AUDIBERT, BELTRAMI, BREMOND, GABRIEL, HECKENROTH, JOYEUX, MONGES, OLMER, RIMATTEI, ROCHE.

Secrétaire principal : J. COMTE — *Bibliothécaire :* Mlle PERRIN

PROFESSEURS

Anatomie	GRISOLI
Anatomie pathologique	GASTAUT
Bactériologie et Pathologie générale	BRAHIC
Botanique et Cryptogamie	PELLISSIER
Cardiologie clinique et expérimentale	JOUVE
Chimie médicale	DERRIEN
Chimie analytique et Hydrologie	ARNOUX
Chimie	DUMAZERT
Clinique chirurgicale	
Clinique chirurgicale	MOIROUD
Clinique chirurgicale infantile et orthopédique	SALMON
Clinique chirurgicale thérapeutique et Chirurgie expérimentale	De VERNEJOUL
Clinique dermato-syphiligraphique	CHARPY
Clinique exotique	BLANC
Clinique des maladies du système nerveux	POURSINES
Clinique médicale	MATTEI
Clinique médicale	POINSO
Clinique médicale thérapeutique	OLMER J.
Clinique des maladies des voies digestives et de la nutrition	RECORDIER
Clinique médicale infantile	GIRAUD
Clinique neuro-chirurgicale	PAILLAS
Clinique obstétricale et gynécologique	CHOSSON
Clinique ophtalmologique	JAYLE
Clinique urologique	CHAUVIN
Histologie	PICARD
Hygiène et Médecine préventive	SAUTET
Matière médicale	BALANSARD
Médecine légale et Médecine du Travail	MOSINGER
Parasitologie	RANQUE
Pathologie chirurgicale	CARCASSONNE
Pathologie interne	AUDIER
Pharmacologie	MERCIER
Pharmacie chimique et Toxicologie	VIGNOLI
Pharmacie galénique	DELPHAUT
Physiologie	MORIN
Physique médicale	DUBOULOZ
Thérapeutique	PIERI
Professeur sans chaire	ROUX

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Maîtres de Conférences Agrégés

MM. BERNARD Pierre
BOURRET
DEPIEDS
DESANTI
DONNET
GAMBARELLI
GREBUS
LISSITZKY
J. MERCIER
MOURGUE
PASTOR
PAYAN
TAMALET

Agrégés en exercice

MM. APPAIX
BERNARD René
CHARPIN
CHAUVIN
CREMIEUX
DEVIN
GRANJON
LAVAL
MARONNEAUD
METRAS
MONGES Henri
MOUREN
OLLIVIER
ORSINI
OURGAUD
PAOLI
RAYBAUD
SERMENT

Agrégés libres

MM. BERTHIER
DOR
FIGARELLA
HENRY
IMBERT
LAMY
LENA
VAGUE

Chargés des fonctions de Maîtres de Conférence

Histologie ..... M. STAHL

A MA FEMME

dont l'aide m'a été précieuse tout au long de ma vie d'étudiant. Qu'elle veuille bien trouver ici une nouvelle preuve de tendresse.

A MA FILLE

A MES PARENTS

A mon Maître et Président de thèse :

M. le Professeur J. CHOSSON

Professeur de Clinique Obstétricale et Gynécologique

Grâce à vos conseils bienveillants, j'ai pu mener à bien la réalisation de ce travail. Je me permets de vous en faire l'hommage. Il représentera toujours bien peu de chose en regard de ce que vous m'aurez apporté par votre enseignement et votre grande bonté.

A M. le Professeur MOIROUD

Professeur de Clinique Chirurgicale

Vous avez bien voulu siéger dans mon Jury de thèse. Jeune externe, j'ai pu apprécier le charme de votre enseignement. J'espère revenir bientôt auprès de vous.

A M. le Professeur Agrégé H. SERMENT

Vous avez été pour moi plus qu'un ami, un grand frère. Qu'il me soit permis aujourd'hui de vous remercier de votre bonté et de vos conseils éclairés.

Je n'oublierai jamais ce que je vous dois.

A M. le Professeur Agrégé GAMBARELLI

Veuillez trouver ici la preuve de la grande amitié que j'ai pour vous.

Contribution à l'étude du problème étio-pathogénique de l'infection du Post-Partum à propos d'une comparaison statistique

Définition et limites :

Nous nous limiterons à l'étude des infections du Post-Partum après accouchement par les voies naturelles, les suites de césariennes représentant en réalité un problème de suites post-opératoires.

Parmi les infections du Post-Partum, il nous paraît surtout intéressant d'envisager les atteintes infectieuses de l'appareil génital et les infections dont le point de départ siège au niveau des voies génitales : nous laisserons donc de côté l'étude des infections mammaires
des infections urinaires
des phénomènes veineux
et des infections non obstétricales (telles les atteintes pulmonaires infectieuses simples ou spécifiques, le retentissement intestinal).

Nous étudierons donc le problème étiopathogénique des infections de l'appareil génital et à point de départ génital survenant dans le post-partum.

INTRODUCTION

I. — *Quel est le but de cette étude ?*

1) Le problème de l'infection du post-partum a toujours inquiété l'obstétricien.

Il a pourtant fait d'énormes progrès.

L'infection puerpérale est connue depuis l'antiquité : Hippocrate cite déjà dans ses ouvrages « la fièvre des accouchées ».

Au 18e siècle, on commence à noter son caractère de contagion.

Mais surtout à la prophylaxie de l'infection puerpérale sont attachés les noms de Semmelweis (1847) et de Tarnier (1897) : ces deux grands précurseurs parlent « de Miasme extérieur » et font admettre la nécessité de l'isolement des accouchées infectées et de l'amélioration de l'hygiène hospitalière.

Parallèlement, en 1889, Pasteur découvre le Streptocoque et, à la suite de Tarnier et Lucas-Championnière, les méthodes antiseptiques, conséquences directes de la découverte de ces germes, sont appliquées à l'obstétrique.

2) Si actuellement nous avons jugé bon de reprendre cette question, c'est pour les deux raisons suivantes :

A — *Il persiste une morbidité infectieuse* bien classique depuis Brindeau et Brouha.

Malgré la diminution considérable de la mortalité, qui passe de 10 % avec grandes épidémies avant l'ère Pasteurienne à 2 % à la fin du siècle dernier, et à 0,25 % actuellement, *la morbidité reste importante :* si l'on admet comme cas pathologique toute température supérieure à 38° dans les suites de couches, on note une *proportion de* 30 % *de suites fébriles,* d'après Brindeau et Brouha, en 1936. Cette proportion, qui date de 20 ans, est-elle toujours vraie à l'heure actuelle ? C'est ce que nous allons essayer de rechercher en comparant deux périodes séparées par un intervalle d'une dizaine d'années. Soulignons que déjà en 1943 Lacomme, par une prophylaxie sulfamidée bien conduite, concluait à une diminution des formes graves qui passaient de 34 à 6 pour 1.000, une diminution des formes bénignes de 213 pour 1.000 à 130 pour 1.000.

B — Il semble, d'autre part, que dans une organisation obstétricale où l'on fait des accouchements d'une façon aussi correcte que possible, cette morbidité se présente sous des *formes cliniques* qui, tout en restant classiques, *sont limitées.*

a) *Classiquement* on décrit :

— des formes généralisées très graves : septicémies
péritonites

— des formes locorégionales dont on multiplie les descriptions,

— des formes bénignes qui sont noyées dans le tableau de la grande infection puerpérale.

b) *Actuellement* on rencontre en pratique :

— dans la majorité des cas : des formes strictement localisées aux voies génitales basses et à la muqueuse utérine,

— assez rarement des formes graves généralisées (septicémies et péritonites),

— exceptionnellement des formes locorégionales : elles ne se rencontrent que dans des cas bien particuliers qu'il semble intéressant de définir : elles semblent être la conséquence directe d'une obstétrique traumatique.

II. — *Quelle est la place de cette infection des voies génitales et à point de départ génital dans les hyperthermies du post-partum ?*

A — Calman et Gibson sur 392 cas (en septembre 1953) :

Infections des voies génitales	: 141 cas	36 %
Infections urinaires	: 132 cas	33,6 %
Infections mammaires	: 48 cas	12,2 %
Infections non obstétricales	: 71 cas	18,1 %

B — Statistiques du service :

	1936-1940 : 1995 cas		1950-1954 : 762 cas	
Infections des voies génitales	1.700	85 %	364	47,76 %
Infections urinaires	42	2,1 %	28	3,67 %
Infections mammaires	185	9,3 %	295	38,7 %
Infections non obstétricales	68	3,42 %	75	9,84 %

MOYENS D'ÉTUDES

Nous avons utilisé strictement deux statistiques du Service (Clinique obstétrique et gynécologique de la Faculté de Médecine de Marseille), où nous avons relevé les phénomènes infectieux des suites de couches des femmes ayant accouché dans le Service à 2 époques différentes :

1re période, allant du 1er janvier 1936 au 31 décembre 1940

2e période, allant du 1er janvier 1950 au 31 décembre 1954.

Pourquoi avons-nous choisi 2 époques ?

Il nous a semblé inutile de réprendre des années très antérieures, car cette étude comparative a été déjà faite.

On peut admettre qu'au cours de ces 2 époques suffisamment éloignées, il y a eu une continuité à peu près absolue dans les directives médicales du Service.

De 1936 à 1940, l'obstétrique aseptique était depuis longtemps installée et ses règles strictement observées.

L'obstétrique atraumatique (travail dirigé, diminution des manœuvres) commençait à avoir une application importante.

De 1950 à 1954, les progrès obstétricaux peuvent être considérés comme à leur maximum pusqu'il s'agit des années les plus récentes. D'autre part, l'adjonction de la prophylaxie par les antibiotiques mérite une étude particulière.

A côté de l'étude des suites de couches des femmes venues accoucher dans le service, nous avons relevé les observations de femmes hospitalisées à la salle d'isolement et ayant accouché en dehors du service. Nous n'avons pu les intégrer dans notre statistique ; il n'existe aucune point de comparaison possible, étant donné que les conditions dans lesquelles ces accouchements ont été faits nous sont inconnues.

Les résultats statistiques globaux

Années	1936	1937	1938	1939	1940
Nombre d'accouchements ...	1.191	1.105	1.041	1.008	1.352
Infections légères (endométrite, périnée)	399	293	214	189	213
Infections sévères	154	61	46	61	46
Vérif. utér. dans les S. de C.	14	1	1		
Phlegmon ligam. large			1	2	
Hémorragie secondaire	1			2	1
Hémorragie tardive	1	1	1		2
Annexites		2	2		1
Septicémies	8	5	5	3	3
Décès	1	1	1	2	

Années	1950	1951	1952	1953	1954
Nombre d'accouchements ...	649	523	543	697	713
Infections légères (Endométrite, Périnée)	71	71	56	84	60
Infections sévères	4	1	5	6	6
Vérif. utér. dans les S. de C.			3	2	3
Phlegmon ligam. large				2	
Hémorragie secondaire			4	2	2
Hémorragie tardive	2	1	1	1	1
Annexites	2			1	3
Septicémies					
Décès					

Années	1936 à 1940		1950 à 1954	
Nombre d'accouchements ...	5.697		3.125	
Infections légères (Endométrite, Périnée)	1.308	22,90 %	342	10,94 %
Infections sévères	368	6,46 %	22	0,70 %
Vérif. utér. dans les S. de C.	16		8	
Phlegmon ligt large	3		2	
Hémorragie secondaire	4		8	
Hémorragie tardive	5		6	
Annexites	5		6	
Septicémies	24	0,42 %		0 %
Décès	5	0,08 %		0 %

DISCUSSION DES STATISTIQUES

Grâce aux statistiques que nous venons de présenter, nous allons maintenant discuter les deux raisons qui nous ont conduit à reprendre cette question :

— la persistance d'une morbidité infectieuse,

— les groupements cliniques actuels.

A. - PERSISTANCE D'UNE MORBIDITÉ INFECTIEUSE DES SUITES DE COUCHES

1° Pourcentage global :

Pendant les années 1936 à 1940, nous notons 1.700 cas morbides pour 5.697 accouchements, soit un pourcentage global de 30 % environ, comparable à celui donné par Brindeau.

Pendant les années 1950 à 1954, 364 cas morbides pour 3.125 accouchements, soit un pourcentage global de 11,2 %.

Il persiste donc actuellement une morbidité infectieuse de 11,2 %, mais cette morbidité à point de départ des voies génitales semble avoir diminué ; d'après nos statistiques, elle semblerait à peu près 3 fois moins fréquente que dans les années anciennes.

2° Comment expliquer cette diminution de la morbidité infectieuse des suites de couches ?

a) Classiquement par l'augmentation des mesures prophylactiques.

La contagion et la contamination peuvent être considérées comme éliminées de la même façon aux deux époques.

L'apport exogène, qui a été indiscutablement à l'origine du plus grand nombre des infections du post-partum, a été considérablement réduit grâce à l'importance de l'asepsie et à la diminution du nombre et de la répétition des touchers vaginaux au cours du travail. Nous n'insisterons jamais assez sur la nécessité de travailler avec du matériel stérilisé (champs, gants) et sur la nécessité d'avoir à sa disposition un local convenable pour permettre l'isolement des infectées graves.

La réalité de l'auto-infection puerpérale ou infection endogène était affirmée par Doléris, au Congrès International de Médecine, en 1900, et Jeannin, dans sa thèse, en 1902, sur « l'Etiologie et la Pathogénie des infections puerpérales putrides », à la suite des travaux de Doederlein, Zweifel, Jean Hale, sur la flore vaginale : ces auteurs établissaient que tous les germes aérobies et anaérobies se rencontrent dans un vagin normal, en qualité et en proportions variables, selon les conditions de l'examen, et que l'état gravide, s'il diminuait la richesse et la variété de cette flore microbienne, en augmentait la stabilité.

Les recherches actuelles visent davantage à établir une distinction entre les germes saprophytes et les germes pathogènes, mais le problème est loin d'être résolu, car les obstétriciens s'étonnent toujours de trouver dans les sécrétions cervicales, en dehors de tout accident pathologique, des germes communément responsables de graves infections. On hésite à penser que le développement d'une telle flore, au contact même de la plaie utérine, ne constitue point un risque éventuel d'infection.

Quelle que soit la voie suivie par le microbe, qu'il s'agisse de contagion septique, d'auto-infection vaginale, ou même de localisation métastatique d'une bactériémie fortuite, le germe ne se développera dans l'utérus qu'à la faveur de conditions particulières.

A l'état normal, on le sait, l'utérus, dont le contenu demeure stérile pendant la durée de la grossesse, est aussitôt après la fin de l'accouchement envahi par les germes de provenance vaginale. Loeser a montré depuis longtemps que, 24 heures après l'expulsion complète de l'œuf, les microbes vulvo-vaginaux sont à l'entrée du col ; au 3e jour, dans les 3/4 des cas, ils atteignent la plaie placentaire, et le 5e jour l'invasion de celle-ci est pleinement réalisée.

Mais à l'état normal, dans un utérus vide, balayé par le flux lochial, les germes se développent peu. Surtout, la défense utérine est assurée par une sorte de rempart leucocytaire, qui se constitue entre les cellules déciduales, en une couche granuleuse, à l'abri de laquelle se régénérera la muqueuse nouvelle.

Il en va tout autrement dans certaines circonstances pathologiques. D'une part, la pénétration précoce, massive ou brutale, de microbes semble, à elle seule, surprendre et rompre la défense normale. D'autre part, la rétention de débris de membranes, de débris de placenta, de caillots sanguins, de fragments tissulaires voués au sphacèle crée un milieu de culture très différent du contenu utérin normal. De là l'action favorisante des accouchements dystociques propices aux

examens multiples, des hémorragies répétées, de l'inertie utérine, des traumatismes de forceps, hématomes, déchirures du col, au total : de toutes les interventions qui entraînent l'attrition des tissus. Ceci nous amène à comprendre ce qui a changé.

b) Actuellement qu'y a-t-il de changé ?

1° *L'obstétrique est de moins en moins traumatique*

Il semble tout d'abord que les femmes bénéficient d'une façon importante du travail médicalement dirigé.

En effet, par l'utilisation plus large des antispasmodiques actuels et celle beaucoup plus rationnelle des ocytociques, on est arrivé à obtenir un travail beaucoup plus régulier. Ce travail, mieux dirigé, a vu sa durée écourtée : le racourcissement de la durée du travail a, en effet, une grande importance sur l'infection du post-partum, comme l'ont montré depuis 1936 les statistiques de Peckham, où dans les cas avec infections puerpérales, la durée du travail dépassait de 3 h. 1/2 la durée moyenne du travail des cas avec état puerpéral sans incidents.

Il faut citer aussi les résultats de Quivy, Dufour et Laleuf : ces auteurs obtiennent un racourcissement de deux heures chez la primipare par les spasmolytiques et de deux nouvelles heures gagnées par l'emploi du trilène (progrès réalisés de 1937 à 1951). Par ailleurs, les parturientes ont aussi bénéficié du fait que les délivrances ont été faites dans de bonnes conditions et d'une façon soigneuse.

Nous retiendrons donc le changement très important apporté dans la diminution de la morbidité par le fait de pratiquer des accouchements d'une façon soigneuse et rationnelle.

On note une diminution considérable des manœuvres intra-utérines.

En comparant les deux statistiques, actuellement on pratique :

5 fois moins de dilatations bimanuelles,
7 fois moins de versions par manœuvres internes,
2 fois moins de grandes extractions du siège,
4 fois moins de forceps hauts (détroit supérieur et partie haute de l'excavation),
2 fois moins de délivrances artificielles,
5 fois moins de révisions utérines.

Ces accouchements avec manœuvres intra-utérines ont des suites fébriles deux fois plus souvent que les accouchements sans manœuvres, et nous retrouvons la même proportion aussi bien en 1936-1940 qu'en 1950-1953. En effet, si nous comparons les deux groupes d'années, nous notons :

— une diminution globale des accouchements avec manœuvres intra-utérines: 16,69 % en 1936-1940 pour 12,64 % en 1950-1954 ;
— une diminution de la fréquence des suites fébriles après manœuvres de 56,36 % à 43 % ;
— mais une constance dans la fréquence des suites fébriles après manœuvres deux fois plus qu'après les accouchements spontanés.

Nous aboutissons aux conclusions suivantes :

Les manœuvres intra-utérines sont facteurs importants d'infection du post-partum.

La diminution du nombre de ces manœuvres, pour la plupart difficiles, est la cause directe de la diminution globale des suites fébriles.

Nos résultats s'accordent avec ceux de la majorité des auteurs. En 1936, Peckham notait déjà que l'infection puerpérale est 2 fois 1/2 plus fréquente dans l'accouchement artificiel que dans l'accouchement spontané (30,86 % pour 12,26 %).

Pour ce qui est des manœuvres de l'accouchement, l'unanimité est pratiquement faite : leur fréquence doit diminuer le plus possible.

Nous nous contenterons de rappeler la phrase de H. Pigeaud, lors de la communication de J. Gaucherand, R. Burthiault et Y. Loaec, à propos de trois cas de version podalique par manœuvres internes avec extraction différée en 1952 : « Il est peut-être dangereux de réhabiliter la vieille obstétrique, la thérapeutique qui vient d'être évoquée ne se concevant que loin d'un centre hospitalier ».

Pour ce qui est des manœuvres de la délivrance (délivrance artificielle et révision utérine), nous arrivons aux mêmes conclusions que la majorité des auteurs.

Déjà, en 1936, Peckham notait 2/3 de suites fébriles après délivrance artificielle.

En 1937, Snoeck et Rocmans écrivent que la morbidité est particulièrement élevée après les décollements manuels du placenta (27 %).

En 1939, Rhenter et Magnin estiment que la délivrance artificielle est une intervention dangereuse dont il faut limiter les indications au maximum. Ils relèvent, après délivrance artificielle, une morbidité de 13,2 % dans les accouchements spontanés, et une morbidité variant entre 18,9 % et 50 % dans les accouchements avec intervention.

En 1942, Lepage estime que la délivrance artificielle n'est pas une intervention anodine et qu'il ne faut pas en étendre les indications.

En 1948, Maurice Mayer et Lanvin considèrent que toutes les manœuvres intra-utérines étant certainement infectantes, par conséquent dangereuses, doivent être réduites jusqu'à l'extrême limite des possibilités. Les délivrances artificielles pratiquées pour non-décollement placentaire conduisent, et de beaucoup, aux suites les plus simples (apyrétiques dans 78 % des cas).

Les hémorragies représentent un facteur aggravant indiscutable qui apporte aux délivrances artificielles un risque d'infection supplémentaire très notable.

Les révisions utérines conduisent à des suites de couches plus infectantes que ne le font les délivrances artificielles. Les manœuvres intra-utérines pratiquées à la suite d'opérations obstétricales sont à l'origine d'infections fréquentes et souvent graves.

En 1953, Gruet, dans sa thèse, rapporte les accouchements de cinq années à la maternité de l'Hôpital d'Argenteuil. Ses conclusions sont les suivantes : sur 4.451 accouchements de 1949 à 1953, on a pratiqué 167 délivrances artificielles et 104 révisions utérines, donc 6 % des accouchements ont nécessité une manœuvre intra-utérine lors de la délivrance. La mortalité est nulle, la morbidité des suites est plus grande après délivrance artificielle qu'après révision utérine :

1) révision utérine pour placenta douteux après accouchement normal : morbidité, 5,1 % ;
2) délivrance artificielle pour non-décollement une heure après l'accouchement : 16,3 % ;
3) délivrance artificielle ou révision pour hémorragie : 21,8 % ;
4) délivrance artificielle ou révision au cours d'un accouchement dystocique : 27,08 % ;
5) manœuvres intra-utérines pratiquées de 5 à 10 jours après un accouchement : 71,4 %.

Il nous faut donner les opinions opposées émises par un certain nombre d'auteurs :

— Clerc, en 1946, à propos d'une statistique de 100 décollements manuels, estime que la réputation dangereuse de cette intervention est excessive et que son pronostic n'est pas aussi grave qu'on le dit généralement. Il note 23 suites morbides dans l'ensemble assez bénignes.

— Gioanni, en 1948, apporte une statistique de 2.500 accouchements pour lesquels il a été pratiqué 562 révisions utérines, soit 22,5 %, avec la morbidité suivante :

accouchements dits normaux : 514 cas, avec 40 suites morbides ;

accouchements avec interventions obstétricales : 37 cas, avec 4 suites morbides ;
accouchements avec facteurs infectieux : 9 cas, avec 3 suites morbides.

— R. Keller et L. Gioanni, en 1949, concluent que, contrairement à l'opinion généralement répandue, la délivrance artificielle n'est pas une intervention dangereuse.

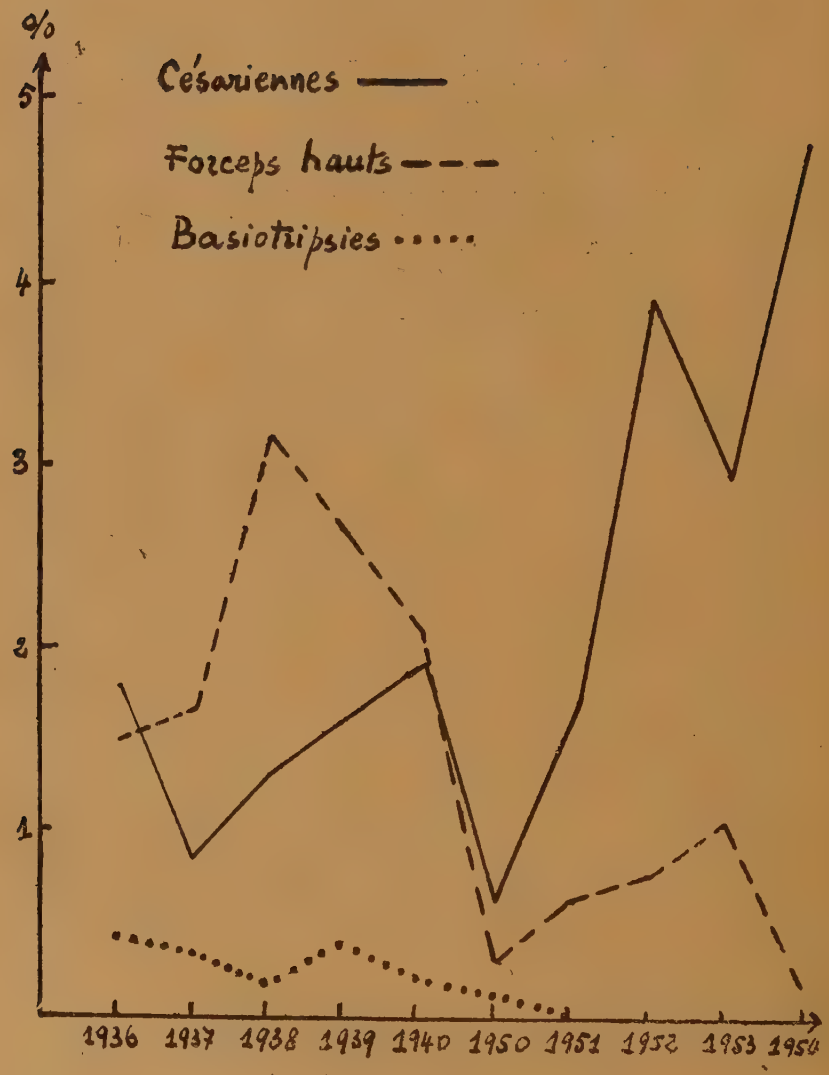
Dans les 148 cas observés, la mortalité est nulle, la morbidité globale est faible quantitativement et qualitativement et elle n'est due que partiellement à l'acte de la délivrance artificielle. D'autres facteurs viennent aggraver la morbidité des suites de couches : les hémorragies graves, la durée du travail et surtout la manœuvre de délivrance pratiquée trop tardivement.

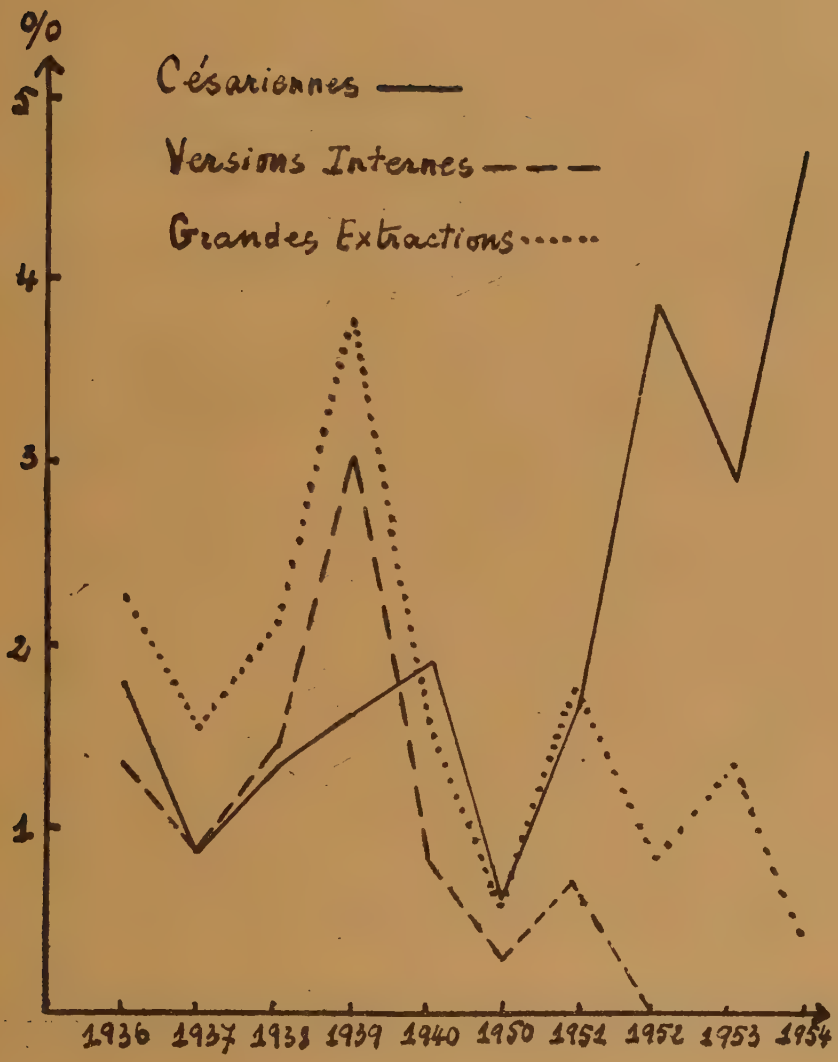
Manœuvres intra-utérines

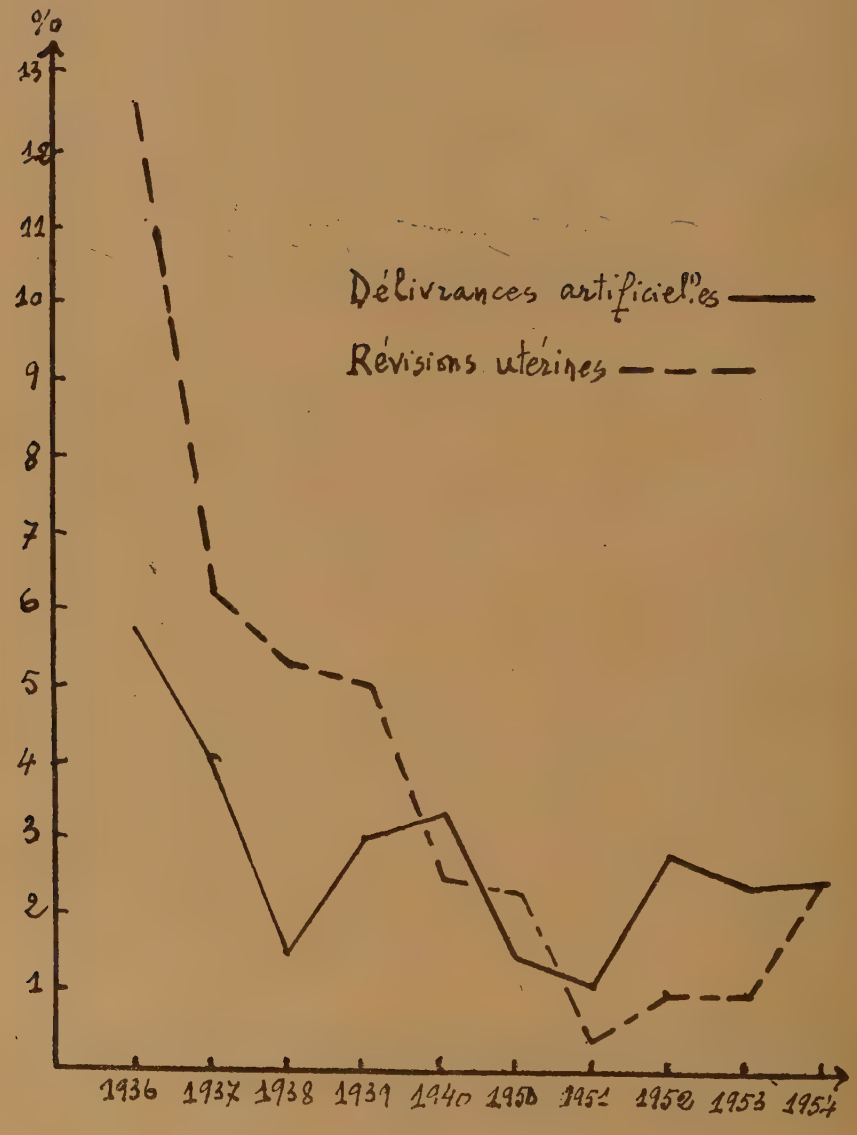
	1936 à 1940		1950 à 1954		Importance de la diminution
Dilatation bimanuelle .	151	2,65 %	16	0,51 %	5 fois moins
Version par manœuvres internes	81	1,42 %	6	0,19 %	7 fois moins
Grande extraction du siège	113	1,96 %	29	0,92 %	2 fois moins
Forceps hauts (détroit supérieur et partie haute de l'excavation)	28 % des forceps		6 % des forceps		4 fois moins
Basiotripsie et craniocleasie	18	0,31 %	1	0,33 %	10 fois moins
Délivrance artificielle .	204	3,58 %	59	1,87 %	2 fois moins
Révision utérine	362	6,35 %	44	1,37 %	5 fois moins

Statistiques comparées
des manœuvres intra-utérines et césariennes

ANNEES	1936	1937	1938	1939	1940	1950	1951	1952	1953	1954
Dil. Bimanuelles	30	27	30	34	36	6	1	4	3	2
Version par manoeuvres Inter.	15	10	15	30	11	2	4	0	0	0
Grande Extraction	26	17	21	37	22	4	9	5	8	3
Forceps Hauts	18	18	32	26	27	2	3	4	7	1
Basiotripsie.	5	3	2	4	3	1				
Délivrance artificiel	69	45	16	30	44	10	7	15	14	14
Révision Utérine	152	69	57	50	35	15	3	5	7	14
Césarienne	21	10	13	16	25	4	8	21	20	32


%
5
4
3
2
1
Césariennes
Forceps hauts
Basiotripsies
1936
1937
1938
1939
1940
1950
1951
1952
1953
1954


%
5
4
3
2
1
Césariennes
Versions Internes
Grandes Extractions
1936 1937 1938 1939 1940 1950 1951 1952 1953 1954


%o
13
12
11
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
Délivrances artificielles
Révisions utérines
1936
1937
1938
1939
1940
1950
1951
1952
1953
1954

Les suites de couches après manœuvres

	1936 à 1940		1950 à 1954	
Nombre d'accouchements	5.612		3.040	
Nombre d'accouchements spontanés	4.661		2.645	
avec suites apyrétiques	3.276	70 %	2.315	81 %
avec suites fébriles	1.385	30 %	510	19 %
Nombre d'accouchements avec manœuvres	951	16,69 %	395	12,64 %
avec suites apyrétiques	415	43,64 %	225	57 %
avec suites fébriles	536	56,36 %	170	43 %

Conclusions :

1) Diminution globale des accouchements avec manœuvres : de 16,69 à 12,64 %.

2) Diminution de la fréquence des suites fébriles après manœuvres : de 56,36 % à 43 %.

3) Constance de la fréquence des suites fébriles après manœuvres par comparaison avec les accouchements spontanés = 2 fois plus (de 1936 à 1940 comme de 1950 à 1954).

2° *La prophylaxie par les traitements anti-infectieux modernes*

Elle a d'abord été pratiquée avec les sulfamides et actuellement avec les antibiotiques fongiques.

Mais surtout elle peut être systématique dans tous les accouchements ou bien uniquement dans les accouchements suspects : manœuvres intra-utérines, rupture prématurée des membranes.

2A) *Prophylaxie systématique.*
Sulfamides :

— P. Giraud (Thèse de Paris, 1939). — 2 périodes de 3 ans :

de 1933 à 1935 : pas de chimiothérapie,
de 1936 à 1938 : chimiothérapie.
2.000 accouchements avant chimiothérapie :
58 cas d'infection puerpérale : 3 %.
4 décès : 2 pour mille.
2.200 accouchements après chimiothérapie :
1 décès : 0,4 pour mille chez une femme tarée.

— Digonnet et Süe, en 1939. — De 1930 à 1935 :
Mortalité : 1,1 % à 2,2 %.
Morbidité : 12,3 % à 26 %.

En 1937, sur 1.534 accouchements :
Mortalité nulle.
Morbidité totale : 2,9 % (morbidité grave : 0,9 %).

— G. Picot en 1939. — Statistiques du service de Brindeau à la Maternité Tarnier :

Sur 1.160 accouchements :

479 cas traités par Septazine : 15 cas d'infection (3,13 %).

696 cas non traités : 97 cas d'infection (13,93 %).

— J. Oüdot (Thèse Paris 1940). — A Port-Royal :

Du 1er novembre 1935 au 31 octobre 1936 : 3.697 accouchements, 10 morts par infection puerpérale (3,2 %).

Du 1er novembre 1936 au 31 octobre 1937 : 3.395 accouchements, mortalité expurgée : 0,5 %.

— Lacomme, 1943, à la Clinique Baudelocque. — Sur une série continue de 10.000 observations étalées sur trois ans et quelques mois, comparée à une série de 10.000 observations antérieures sans prophylaxie, arrive aux conclusions suivantes :

Diminution d'un peu plus de 25 % pour les infections bénignes,

Largement de 50 % pour les infections notables,

Près de 75 % pour les infections sérieuses,

De 90 % pour les formes graves,

Les formes septicémiques ont à peu près disparu,

Les formes péri-utérines sont devenues des raretés : la température est presque toujours revenue à la normale au moment où survenaient autrefois ces complications.

— Bo Von Friesen, en 1951, compare 2.223 cas avec 2.211 cas témoins.

La prophylaxie par les sulfamides diminue probablement de moitié la fréquence de l'infection puerpérale.

La fréquence des infections graves montra la diminution la plus importante. Celles qui persistèrent eurent une évolution bénigne.

Il n'y eut aucun effet sur la guérison des plaies périnéales.

Antibiotiques :

— *Pénicilline :*

En 1948, Trillat et Notter trouvent, en utilisant la pénicilline, un abaissement de la mortalité, qui passe de 0,19 % en 1943 à 0,11 % en 1947, et une diminution de la morbidité.

— *Auréomycine :*

Guilbeau, Schoembach, Schaub et Latham ont employé l'auréomycine à titre expérimental chez 119 accouchées récentes normales. Alors que normalement l'utérus des accouchées contient de nombreux germes aérobies et anaérobies gram positif et négatif, dans 90 % des cas les cultures se révélèrent négatives dans un délai de 2 à 5 jours après le début du traitement.

L'Auréomycine, employée à titre prophylactique chez 55 femmes au cours du travail, s'avéra aussi efficace puisque dans 5 cas seulement les cultures faites à partir des sécrétions utérines montrèrent la présence de germes.

2b) *Prophylaxie dans les cas suspects :*

A — Dans la rupture prématurée des membranes et l'infection amniotique :

— *Sulfamides :*

Bret, en 1945, compare deux séries d'accouchements, une première série de 12.041 accouchements sans traitement prophylactique avec 913 infections amniotiques, soit 7 1/2 % (années 1931-1934). Et une deuxième série de 12.279 accouchements avec traitement prophylactique avec 213 cas d'infections amniotiques, soit 1,7 % (années 1936-1939). Il compare ces deux séries et trouve plus de 4 fois moins d'infections amniotiques.

L'auteur estime normal de mettre sur le compte des sulfamides la baisse considérable de la morbidité.

Il envisage, à la suite de cela, si les suites de couches de ces infections amniotiques constituées ont été modifiées d'une façon favorable : il y a une amélioration sensible, mais peu considérable, portant surtout sur les formes dont la température au cours des suites de couches dépassait 39° :

de 1931 à 1934 46 % des suites de couches ont été fébriles,
de 1936 à 1939 36 %.

La mortalité est restée sensible :
3 morts de 1931 à 1934,
2 morts de 1936 à 1939.

Bret conclut : Si la sulfamidothérapie s'est révélée un excellent agent prophylactique capable de diminuer de 3/4 le nombre des infections amniotiques, elle a peu influencé l'évolution de celles-ci lorsqu'elles sont constituées.

Antibiotiques :

— Calkins montre que la rupture spontanée des membranes ne comporte pas un pronostic grave, ni pour le fœtus, ni pour la mère, surtout depuis l'emploi de la Pénicilline, et même dans les cas où cette rupture précède longtemps le début du travail. Dans la plupart des cas, on peut par conséquent attendre tranquillement l'accouchement spontané.

— Kobak, Field et leurs collaborateurs ont employé d'une façon prophylactique la Pénicilline chez 10 femmes avec membranes rompues depuis 20 heures : ils les ont comparées à 10 autres femmes non traitées et dans les mêmes conditions.

Ils concluent à une protection importante due à la Pénicilline.

— Siddall a utilisé la Pénicilline à titre prophylactique pendant le travail dans l'infection latente. Dans 100 césariennes segmentaires pratiquées pour anomalies de la contraction utérine ou disproportion fœto-pelvienne, le travail durant au moins 12 heures après rupture de la poche des eaux, il a noté 53 cas d'infection latente et 17 cas avec fièvre, frissons et liquide amniotique purée de pois. Ils ont utilisé la Pénicilline seule dans 40 cas, les sulfamides seuls dans 8 cas, la Pénicilline associée aux sulfamides dans 52 cas ; les résultats ont été excellents dans les 100 cas. Dans 80 cas, on a utilisé en plus la transfusion sanguine.

B — Lors d'accouchements avec manœuvres intra-utérines :

— G. Picot, dans sa thèse en 1939 :

Accouchements avec traitement prophylactique : 11 cas morbides sur 36 cas.

Accouchements sans traitement prophylactique : 19 cas morbides sur 68 cas.

— Mayer et Lanvin ont utilisé la Pénicilline et ont comparé ces résultats à deux périodes antérieures (l'une sans traitement prophylactique, l'autre avec sulfamidothérapie préventive). Les conclusions de ces auteurs sont les suivantes :

— Avant de procéder à toute prophylaxie (en 1930) on observait, à la suite de manœuvres intra-utérines de délivrance que : plus d'une femme sur deux faisait une infection du post-partum, plus d'une femme sur trois faisait une infection grave. La prophylaxie systématique a fait diminuer à la fois la fréquence des infections et plus encore la proportion des infections sévères.

— La sulfamidothérapie préventive a constitué un progrès ; elle a réduit le nombre total des infections et diminué d'une façon importante le nombre des infections sévères, cette diminution a été compensée par une augmentation relative des infections légères.

— La pénicillothérapie permet d'obtenir une prophylaxie réelle ; la fréquence des infections sévères a été réduite au 1/10e par rapport à ce qu'on observait en période d'abstention. Ce résultat a été acquis en même temps qu'une diminution très substantielle de la fréquence des infections légères. Aussi est-on autorisé à penser qu'il y a tout avantage à substituer la pénicillothérapie à la sulfamidothérapie dans la prophylaxie de l'infection consécutive aux délivrances artificielles et aux révisions utérines.

— Keller et Gioanni rapportent 21 cas d'accouchements

difficiles ou de décollement laborieux dans lesquels il a été pratiqué un traitement prophylactique :

Pénicilline 7 fois avec bonnes suites.
Sulfamides 12 fois avec bonnes suites.
Pénicilline + Sulfamides, 1 fois avec bonnes suites.
Sulfamides 1 fois avec fièvre d'un jour.
Sulfamides 1 fois avec fièvre de deux jours.

— Gruet, dans sa thèse en 1953, arrive aux conclusions suivantes sur le traitement prophylactique par la Pénicilline :

il semble inutile en cas de révision utérine pour placenta suspect ou après délivrance artificielle pratiquée pour non décollement ;
il s'impose si la manœuvre est faite pour hémorragie ;
il est de rigueur après accouchement dystocique.

2c) *Quelle est la conduite dans le service ?*

Nous ne pratiquons la prophylaxie que dans les cas suspects.

Déjà en 1941, notre Maître, le Professeur Chosson, aboutissait aux conclusions suivantes à propos de la prophylaxie par les sulfamides : dans les cas suspects, il est nécessaire de ne pas se limiter à des doses faibles. Il faut, dans ces cas, considérer l'accouchée comme bactériologiquement ensemencée et, bien que les manifestations cliniques soient encore inapparentes, il est logique de la traiter comme une véritable infectée.

Statistiques des ruptures prématurées :

On note 2 fois moins de suites fébriles après rupture prématurée dans la statistique récente :

en 1936-1940 : 66,4 % de suites fébriles.
en 1950-1954 : 31,81 % de suites fébriles.

Cette diminution des suites fébriles concorde avec une augmentation très marquée des traitements prophylactiques. En comparant les 2 périodes : il a été pratiqué de 1936 à 1940 un traitement prophylactique dans 31 cas de rupture prématurée (soit 12,25 %) ; de 1950 à 1954, un traitement prophylactique dans 104 cas de rupture prématurée (soit 59 %).

Statistiques des interventions obstétricales :

On note deux fois moins de suites fébriles après intervention obstétricale dans la statistique récente :

de 1936 à 1940 : 54,74 % de suites fébriles,
de 1950 à 1954 : 29.77 % de suite fébriles.

Nous avons dû établir des pourcentages malgré le petit nombre de cas dans certaines statistiques. Nous savons bien que c'est une cause d'erreur en matière de statistiques, mais nous avons été forcés de retenir ce système pour établir des comparaisons.

Cette diminution coïncide encore avec une augmentation des traitements prophylactiques :

1936 à 1940 : 14, 3 % de traitements prophylactiques,
1950 à 1954 : 26,92 % de traitements prophylactiques.

Statistiques des délivrances artificielles :

La fréquence des suites morbides après délivrance artificielle est passée de 68,13 % en 1936-1940 à 53,33 % en 1950-1954.

On a pratiqué de 1936 à 1940 un traitement prophylactique dans 19,60 % des délivrances artificielles, alors que de 1950 à 1954 on a pratiqué ce traitement prophylactique dans 53,33 % des cas.

Statistique des révisions utérines :

On note une diminution des suites morbides qui passent de 46,28 % en 1936-1940 à 38,63 % en 1950-1954.

Cette diminution de la morbidité correspond encore à une augmentation des traitements prophylactiques après révision utérine :

1936-1940 : traitement prophylactique dans 12,4 % des révisions.
1950-1954 : traitement prophylactique dans 38,63 % des révisions.

En conclusion, nous pensons que le traitement prophylactique par les sulfamides et les antibiotiques doit être de rigueur après tout accouchement suspect : rupture prématurée des membranes et accouchement dystocique, suivie ou non de manœuvre intra-utérine de délivrance. Mais le traitement prophylactique devra être suivi pendant un temps suffisamment long pour éviter les rechutes et, comme nous le verrons plus loin, il faudra dans quelques cas se méfier de ce traitement qui pourra camoufler certaines formes cliniques.

Conclusions : La diminution de la morbidité est due à ce que :

1°) L'infection exogène est exceptionnelle par faute d'asepsie ;

2°) L'infection endogène est rendue plus facile par les traumatismes locaux : d'où la nécessité de diminuer les manœuvres de l'accouchement.

Mais si l'on n'arrive pas à faire disparaître complètement l'infection, c'est que l'infection endogène est peut-être due au réveil des germes locaux ; ceci nous amène à envisager, une fois de plus, la notion de Terrain qui, à notre avis, conditionne l'apparition des groupements cliniques particuliers rencontrés à l'heure actuelle.

Suites de couches après rupture prématurée des membranes

	1936 à 1940		1950 à 1954	
Nombre de ruptures prématurées des membranes	253 cas		176 cas	
Suites apyrétiques	85	33,6 %	120	68,18 %
Suites fébriles	168	66,4 %	56	31,81 %
Conclusions	Actuellement 2 fois moins de suites fébriles après R.P. des M.			

Traitement prophylactique pour rupture prématurée des membranes

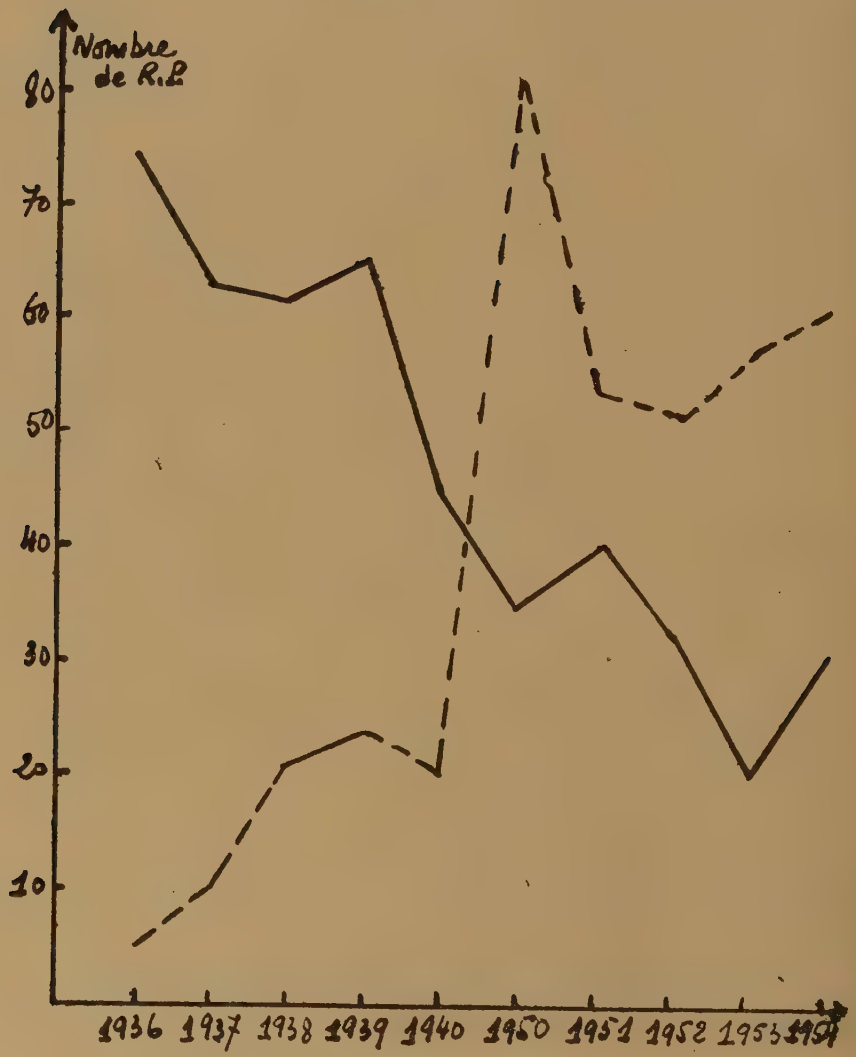
Années	Sulfamides	Antibiotiques	Sulfamides + Antibiotiques
1936	4		
1937	6		
1938	9		
1939	6		
1940	6		
1950	11	5	
1951	16	3	
1952	9	6	3
1953	10	6	4
1954	15	10	6

De 1936 à 1940 : 31 cas (12,25 % des R.P.).
De 1950 à 1954 : 104 cas (59 % des R.P.).

Ruptures prématurées des membranes

Suites fébriles ———

Prophylaxie — — —



Suites fébriles après interventions obstétricales

ANNEES	Interv. Obstét-isolées.		Interv. Obstét. suivies de D.A. et sp. de R.U.		Interv. Obstétri. suivies de R.U. seule		Total des Inter. Obstétricales.	
	N.	Suites Fébril.	N.	Suites Fébril.	N.	Suites Fébril.	N.	Suites Fébril.
1936	72	31	47	33	10	7	129	71
1937	56	29	29	22	9	5	94	56
1938	103	45	9	4	7	5	119	54
1939	91	51	22	16	9	4	122	71
1940	92	46	36	24	2	2	130	72
1950	42	12	3	2	3	0	48	14
1951	40	17	5	2	0	0	45	19
1952	52	12	10	7	1	0	63	19
1953	83	30	6	2	0	0	89	32
1954	74	12	4	0	4	1	82	13

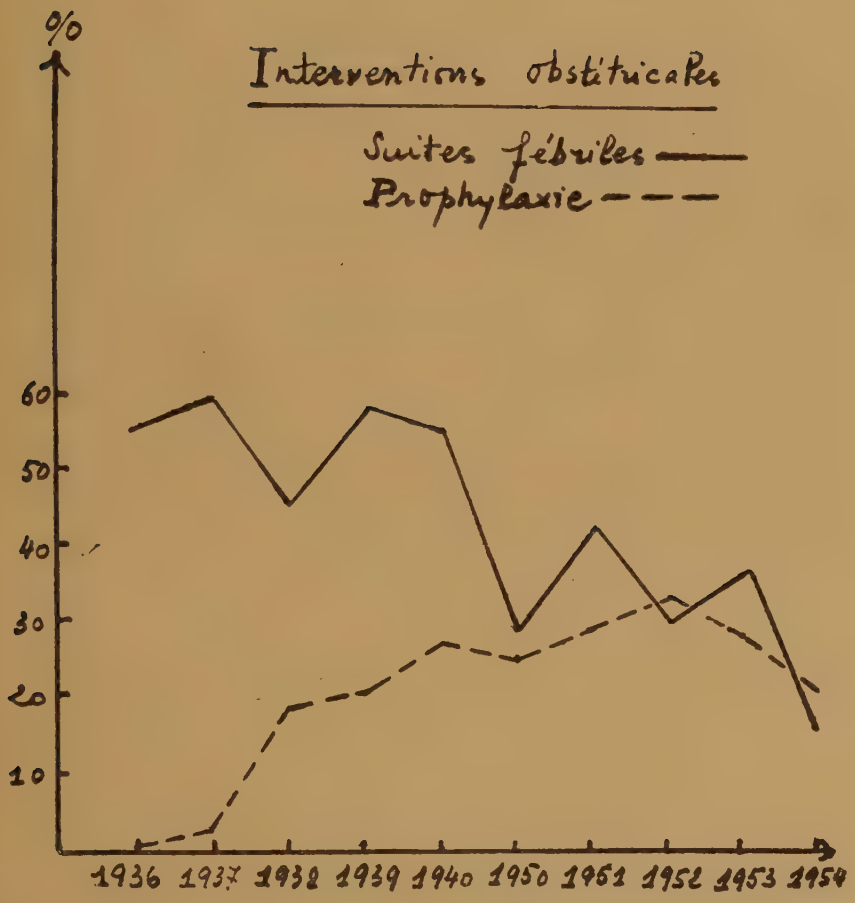
De 1936 à 1940 : 594 324 (soit 54,54 %)

De 1950 à 1954 : 327 97 (soit 29,77 %)

Traitement prophylactique après intervention obstétricale

Années	Sulfamides	Antibiotiques	Sulfamides + Antibiotiques
1936	1		
1937	3		
1938	22		
1939	24		
1940	35		
1950	4	7	1
1951	6	7	
1952	6	10	5
1953	12	8	5
1954	3	14	

De 1936 à 1940 : 85 cas (soit 14,3 % des interventions obstétricales).
De 1950 à 1954 : 88 cas (soit 26,92 % des interventions obstétricales).


%
Interventions obstétricales
Suites fébriles
Prophylaxie
60
50
40
30
20
10
1936
1937
1938
1939
1940
1950
1951
1952
1953
1954

Suites fébriles après délivrance artificielle

ANNEES	Déliv. Artific. aprés Intervent. Obstétric.		Délivrances artificielles isolées		Total des D.A.	
	N. de D.A.	N. de S. fébriles	N. de D.A.	N. de suites fébriles	D. A.	S. Fébriles
1936	47	33	22	14	69	47
1937	29	22	16	12	45	34
1938	9	4	7	5	12	9
1939	22	16	8	6	30	22
1940	36	24	8	3	44	27
1950	3	2	7	4	10	6
1951	5	2	2	1	7	3
1952	10	7	5	4	15	11
1953	6	2	8	5	14	7
1954	4	0	10	5	14	5

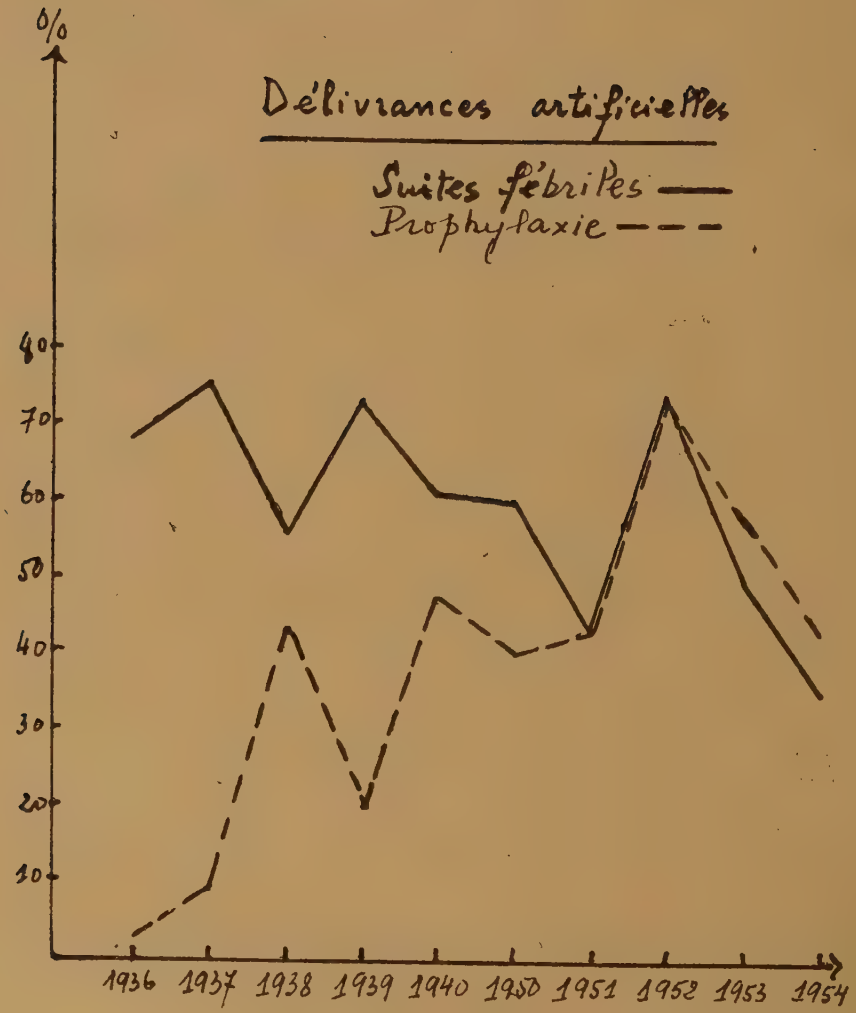
Total des suites fébriles après délivrance artificielle

	1936 à 1940			1950 à 1954		
	N. de D. A.	N. de suites fébriles		N. de D. A.	N. de suites fébriles	
Total des D. A. après intervention obstétricale	143	89	62,23 %	28	13	46,42 %
Total des D. A. isolées .	61	40	65,57 %	32	19	59,37 %
Total de toutes les D. A.	204	139	68,13 %	60	32	53,33 %

Traitement prophylactique après délivrance artificielle

ANNEES	DELIVRANCES ARTIFICIELLES APRES INTERVENTIONS OBSTETRICALES			DELIVRANCES ARTIFICIELLES ISOLEES		
	Sulfamides	Antibiotiques	Sulfamides + Antibiotiques	Sulfamides	Antibiotiques	Sulfamides + Antibiotiques
1936	1			1		
1937	2			2		
1938	3			4		
1939	6			0		
1940	18			3		
1950		1		1	2	
1951		3				
1952	1	3	3	2	2	
1953		1	2	4		1
1954		1			5	

Total : de 1936 à 1940 : 40 cas de traitement prophylactique (19,60 % des D.A.).
de 1950 à 1954 : 32 cas de traitement prophylactique (53,33 % des D.A.).


0/0
Délivrances artificielles
Suites fébriles
Prophylaxie
40
70
60
50
40
30
20
10
1936
1937
1938
1939
1940
1950
1951
1952
1953
1954

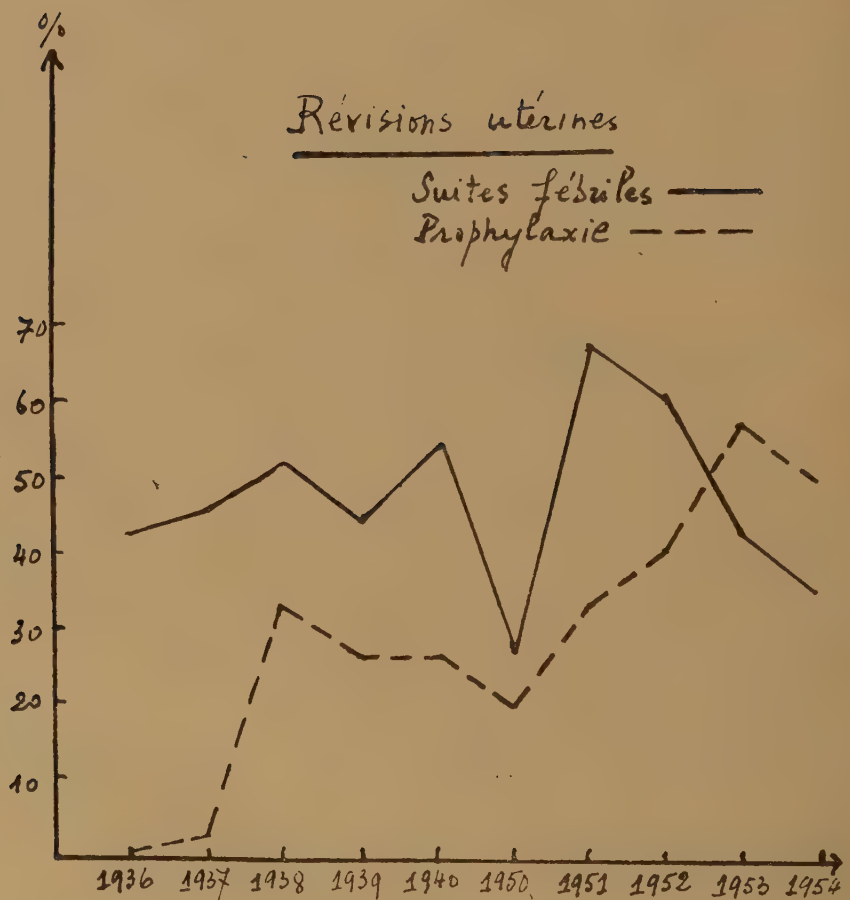
Suites fébriles après révision utérine

ANNEES	Nombre de révis. utér.	Nombre de suites fébriles	ANNEES	Nombre de révis. utér.	Nombre de suites fébriles
1936	152	65	1950	15	4
1937	69	32	1951	3	2
1938	57	30	1952	5	3
1939	50	22	1953	7	3
1940	35	19	1954	14	5
1936 à 1940 .	363	168 (46,28)	1950 à 1954 .	44	17 (38,63)

Traitement prophylactique après révision utérine

Années	Révisions utérines		
	Sulfamides	Antibiotiques	Sulfamides + Antibiotiques
1936	1		
1937	3		
1938	19		
1939	13		
1940	9		
1950	2		1
1951		1	
1952	1	1	
1953	3	1	
1954	3	4	

Total global : de 1936 à 1940 : 45 cas (12,4 % des révis. utérines).
de 1950 à 1954 : 17 cas (38,63 % des révis. utérines).


%
Révisions utérines
Suites fébriles
Prophylaxie
70
60
50
40
30
20
10
1936
1937
1938
1939
1940
1950
1951
1952
1953
1954

B. - LES GROUPEMENTS CLINIQUES PARTICULIERS

1° Rappel des trois grands groupes.

Nous classerons les formes cliniques de l'infection utérine du post-partum en trois types :

a) Infections légères : nous y intégrons deux types de lésions : lésions infectées du périnée (périnée déchiré et réparé, épisiotomie suturée) ; endométrites de quelque étiologie qu'elle soit.

b) Infections locorégionales : plus graves, dans lesquelles nous ferons entrer les infections de l'utérus dépassant le stade de la muqueuse, les infections des annexes et du tissu cellulaire du pelvis.

c) Infections généralisées : essentiellement les septicémies et les péritonites.

2° Pourcentage de ces trois groupes dans les statistiques.

a) Infections légères :
en 1936-1940 : 22,90 %
en 1950-1954 : 10,94 %
soit deux fois moins d'infections légères qu'avant, mais encore une infection légère sur 10 accouchements.

b) Infections locorégionales :
en 1936-1940 : 6,46 %
en 1950-1954 : 0,70 %
donc 10 fois moins d'infections locorégionales qu'avant et actuellement moins d'une infection locorégionale sur 100 accouchements.

c) Infections généralisées :
Péritonite : aucun cas
Septicémie : en 1936 1940 : 0,42 %
en 1950-1954 : 0 %

3° Les formes cliniques rencontrées actuellement.

Nous allons essayer maintenant de brosser un tableau clinique et des considérations étiopathogéniques des formes actuelles de l'infection du post-partum en nous servant des observations du service de la Clinique Obstétricale, de la salle d'isolement et des observations parues dans la littérature récente.

a) *Les infections légères :*
Ce sont les formes le plus souvent rencontrées.

— *Les infections périnéales :*

Ce sont des affections bien localisées, sans grand retentissement sur l'état général.

La fièvre est en général peu élevée : l'élévation thermique pouvant être très précoce à la suite de délabrements importants, avec formation d'hématomes, ou plus tardive, vers le 5e ou 6e jour lorsqu'il s'agit d'infection de plaies périnéales suturées.

L'infection d'un périnée suturé se manifeste localement sous deux aspects différents, ou bien les bords de la plaie sont gonflés, rouges, très douloureux et, en appuyant, du pus plus ou moins franc sourd entre les points de suture et au niveau du passage des fils ; ou bien se produit une simple désunion de la ligne de suture sans formation de pus.

— *Les infections utérines :*

On en rencontre habituellement deux types :

l'endométrite vraie,

l'endométrite par lochiométrie.

— L'endométrite vraie se manifeste par un léger mouvement fébrile qui débute vers le 3e ou 4e jour de l'accouchement ; le pouls suit les oscillations de la courbe thermique ; la malade accuse un peu de lassitude et très souvent se plaint d'un céphalée légère.

La manifestation clinique primordiale porte sur les lochies : celles-ci sont particulièrement abondantes, mais au lieu d'être rouges, puis rosées et enfin séreuses, elles sont grisâtres, sales, chocolatées ; elles peuvent charrier des débris sphacélés, lambeaux de membranes et caillots en voie de décomposition ; quelques jours plus tard, elles deviennent épaisses, crémeuses, purulentes.

A ces lochies abondantes et purulentes s'associe quelquefois une douleur provoquée au niveau des cornes utérines.

L'involution utérine est manifestement retardée et cet utérus mal involué reste mou sous la main qui le palpe, avec un col béant et lui-même d'une mollesse anormale.

Le traitement en est très simple et basé sur des médications visant à améliorer l'involution utérine (alcaloïdes de l'ergot : Méthyl-Ergobasine ou Méthergin) et un traitement anti-infectieux général dont le prototype reste pour nous les sulfamides qui, à notre avis, ne camoufleront pas des formes cliniques plus graves comme risquerait de le faire un antibiotique moderne donné à doses insuffisantes et pendant trop peu de temps. Cette notion nous paraît très importante et nous la reprendrons d'une façon plus approfondie à propos des formes locorégionales.

— L'endométrite par lochiométrie se rencontre chaque fois qu'il y a un obstacle à l'écoulement des lochies. Cet obstacle est en général réalisé par une coudure anormale de

l'utérus (plus souvent antéflexion que rétroflexion) et plus rarement par une rétention d'urine ou une tumeur praévia. Le signe clinique principal est l'absence ou l'insuffisance des lochies. Il suffit, dans la plupart des cas, de lever l'obstacle, de redresser un utérus trop coudé, pour voir aussitôt le flot des lochies s'écouler.

b) Les infections locorégionales :

Elles se divisent classiquement en :
— pelvipéritonite,
— salpingite,
— phlegmon pelvien.

— Nous n'insisterons pas longuement sur les *pelvipéritonites* dont la fréquence est pratiquement réduite à zéro dans le post-partum : elles débutaient classiquement aux environs du 7e jour des suites, la température s'élevant progressivement jusqu'à 39° ; un syndrome péritonéal peu accusé et de courte durée était alors noté ; le syndrome clinique le plus important était représenté par les signes des « réservoirs pelviens ». Au toucher vaginal, l'utérus se trouvait déporté en avant et le cul-de-sac vaginal postérieur comblé.

— *Les salpingites du post-partum*, de plus en plus rares à l'heure actuelle, du moins dans les suites immédiates des accouchements, restent d'un diagnostic très difficile. Elles débutent classiquement vers le 8e-10e jour des suites. Au milieu d'un tableau infectieux banal du post-partum, seules quelques douleurs pelviennes basses associées à une masse latéro utérine plus ou moins fixée font suspecter le diagnostic. Nous n'avons retrouvé dans la littérature récente que 4 cas d'abcès ovariens suppurés dont 2 rompus en péritoine libre.

— *Les hémorragies des suites de couches* ont été intégrées dans ces formes locorégionales parce qu'elles représentent à notre avis l'une des formes les plus sérieuses de l'infection du post-partum observées actuellement. Nous n'y insisterons pas longuement, nous contentant de rappeler le nombre de cas retrouvés dans nos statistiques :

de 1936-1940 : 4 cas d'hémorragie secondaire,
5 cas d'hémorragie tardive
de 1950-1954 : 8 cas d'hémorragie secondaire,
6 cas d'hémorragie tardive.

A l'isolement de 1936 à 1940 : 8 cas d'hémorragie secondaire
2 cas d'hémorragie tardive.
de 1950 à 1954 : 2 cas d'hémorragie secondaire
1 cas d'hémorragie tardive.

Par ailleurs, leur étude a été faite d'une façon remarquable dans une thèse du service (Mourguès, Thèse Marseille 1946).

Leur origine n'est pas toujours une infection du post-

partum et nous nous contenterons de rappeler les nombreux travaux actuels sur les hémorragies des suites de couches et de la délivrance par troubles de la coagulation sanguine.

— *Les phlegmons pelviens.*

Nous en avons relevé trois cas de 1936 à 1940.
deux cas de 1950 à 1954.

— La fréquence de ces localisations de l'infection du post-partum a diminué d'une façon considérable. Nous pensions que cette moindre fréquence était la conséquence directe de la diminution des manœuvres obstétricales. Il est impossible d'établir une relation de cause à effet, car dans les 18 cas que nous avons relevés (2 dans le service et 16 dans la littérature récente), nous retrouvons :

8 cas après accouchement spontané banal.
5 cas après manœuvres obstétricales.
5 cas après césariennes.

Il faut donc chercher ailleurs la disparition presque complète des phlegmons pelviens : elle semble due à ce que l'infection puerpérale est traitée correctement à son début (au stade de l'endométrite) et que celle-ci est stoppée et ne peut se propager au tissu cellulaire environnant. Il est possible aussi qu'il existe dans l'étiologie des cas survenus après l'accouchement le plus banal une lésion inapparente du col capable de se propager au tissu cellulaire du pelvis.

— L'aspect clinique de ces phlegmons est schématiquement le suivant :

a) Phlegmon du ligament large proprement dit : c'est une forme rencontrée assez rarement. La tumeur a une symptomatologie plus abdominale que pelvienne. Le cul-de-sac est libre, glissant sous le pôle inférieur d'une tumeur que l'on sent à bout de doigt. A la palpation, cette tuméfaction est ovoïde, étalée transversalement dans la fosse iliaque, faisant corps avec l'os. Il s'y associe une défense abdominale plus ou moins nette. Son diagnostic est très difficile à poser et fait discuter en particulier une annexite aiguë.

b) Phlegmon de la gaine hypogastrique : il est classiquement le plus fréquent. L'utérus est subinvolué et fixé. Le cul-de-sac vaginal latéral est empâté, induré. Il n'y a pas de séparation nette entre l'utérus et la tuméfaction, alors qu'elle se différencie très nettement de l'utérus en avant et en arrière.

— Le pronostic a aussi changé. Après un traitement anti-infectieux général correct et poursuivi suffisamment longtemps, associé pour certains auteurs à un traitement antibiotique local lorsque le phlegmon vient faire saillie à un endroit accessible, on assiste à une régression quasi totale de la masse phlegmoneuse sans qu'il soit nécessaire de recourir à une intervention chirurgicale de drainage.

c) *Les infections généralisées.*

1. *Les péritonites du post-partum.*

Nous relevons dans la littérature récente 20 cas de péritonites du post-partum, alors que dans nos statistiques, tant anciennes que récentes, nous n'en avons relevé aucun cas : c'est dire leur extrême rareté. Ces cas se répartissent de la façon suivante :

1 péritonite enkystée.
19 péritonites généralisées.

Les péritonites généralisées sont survenues : une fois au cours d'une septicémie, une fois dans les suites d'une césarienne haute, et 17 fois d'une façon isolée.

10 de ces péritonites ont été très précoces : au deuxième, troisième et quatrième jour après l'accouchement.
9 ont été plus tardives : deux au 6e jour,
une au 7e jour.
trois au 28e-30e jour.
trois au 34e-35e jour.

Sur ces 9 péritonites survenues tardivement, trois cas seulement ont été précédés d'une période d'infection utérine accompagnée de pelvi péritonite.

Tous ces cas ont été traités chirurgicalement (sauf deux) et d'une façon précoce : 4 par hystérectomie, 14 par drainage associé à un traitement anti-infectieux général (sulfamides et antibiotiques).

Elles ont toutes guéri, sauf deux ; celles qui n'ont pas été opérées.

Nous insisterons donc sur :

— la fréquence des formes généralisées, diffusantes,

— la fréquence actuelle des formes très précoces, sans période d'infection utérine. Tout se passe comme si la cavité péritonéale était inoculée d'emblée,

— la fréquence des formes sthéniques à l'inverse des notions classiques : il existe un tableau de péritonite aiguë typique,

— l'absence à peu près habituelle dans les formes tardives d'une période d'infection utérine cliniquement apparente. Nous rejoignons là ce que déjà, en 1945, Bret et Mognetti rapportaient à propos de la sulfamidothérapie : Tout se passe comme si le traitement prophylactique masquait, camouflait le stade utérin de début,

— la nécessité d'un traitement chirurgical précoce dont la conduite doit être la suivante : drainage associé aux traitements anti-infectieux plutôt qu'hystérectomie,

— la moindre gravité de ces formes de l'infection du post-partum qui, dans les cas opérés précocement, se sont

terminés par la guérison, alors que leur pronostic était encore très redoutable il n'y a pas très longtemps : Suzor, dans sa thèse, relevait une péritonite sur 731 accouchements (elles représentaient 7,7 % des infections puerpérales, 40,6 % des infections graves, 65 % des cas mortels).

Giraud, dans sa thèse en 1939 : avant la chimiothérapie, 10 cas dont 8 décès ; après la chimiothérapie, 6 cas dont 4 décès.

Oudot en 1940 : 3 cas avant la chimiothérapie : 3 décès.

2. *Les septicémies du post-partum*

Nous en relevons dans notre statistique :

35 cas durant la période 1936 1940.
24 dans le service de la clinique,
11 à l'isolement.
0 cas durant la période 1950-1954.

Et pourtant, dans la littérature, on publie toujours des cas isolés de septicémies du post-partum. Cette forme d'infection n'a donc pas complètement disparu et il est nécessaire de bien la connaître pour la traiter énergiquement dès ses premières manifestations.

Nous en avons relevé 60 cas pendant la période allant de 1943 à 1954.

Les septicémies peuvent survenir après l'accouchement le plus banal. Nous avons retrouvé 35 cas de cet ordre (mais dans 8 de ces cas, il a été pratiqué des manœuvres intra-utérines pour hémorragie des suites de couches), 20 cas sont survenus après des interventions obstétricales ou des manœuvres intra-utérines de délivrance, 3 cas sont survenus après césarienne.

Des hémocultures ont été positives dans 36 cas et les germes en cause se répartissaient de la façon suivante :

Streptocoque 26 (13 Strepto hémolytiques)
Staphylocoque 3
Pneumocoque 1
Assoc. Strepto-Staphylo 1
Assoc. Strepto-Staphylo 1
Anaérobies 2 (1 Perfingens
1 indéterminé)
Pyocyanique 2

Le pronostic s'est considérablement amélioré depuis l'avénement des antibiotiques.

Actuellement, sur les 60 cas : 4 morts (6,66 %) alors que dans notre statistique des années 1936-1940 : sur 35 septicémies, nous notons 12 morts (soit 34,28 %).

Le tableau clinique se présente sous 2 formes :

1) *Formes très précoces :* dans la très grande majorité des cas la température s'élève dès le lendemain de l'accou-

chement à 40° et plus, après un frisson solennel, et se maintient en plateau.

Les signes génitaux sont en général inexistants.

La symptomatologie nerveuse prédomine : subcoma, crises convulsives.

Des signes fonctionnels pulmonaires apparaissent au bout de quelques jours et essentiellement une dyspnée *sine materia.*

Une éruption scarlatiniforme fugace peut apparaître, associée alors à des arthralgies, à des signes cardiaques (souffle systolique en jet de vapeur dans certains cas).

L'état général est plus ou moins conservé.

2) *Des formes secondaires* apparaissant après une période de 8-9 jours où l'accouchée est apyrétique, lorsque survient une hémorragie nécessitant une révision utérine le plus souvent, ou une élévation thermique brutale à 40, ou des signes d'hépatonéphrite (dans le cas à Perfringens rapporté par Trillat, Notter et Gonnet).

Le tableau clinique rejoint celui des formes précoces.

Nous voudrions insister sur les faits suivants :

1° Le danger encore grand représenté par les révisions utérines des suites de couches, révisions rendues ici nécessaires par l'existence d'une hémorragie importante, malgré l'appui incontestable des anti-infectieux actuels.

2° La période complètement apyrétique pendant les 8 à 12 jours qui suivent l'accouchement où très souvent des infections locorégionales se trouvent masquées par les thérapeutiques anti-infectieuses.

COMMENT PEUT-ON EXPLIQUER LA PERSISTANCE DE CES FORMES SEPTICÉMIQUES ?

Pour Worms : il n'y a septicémie que lorsqu'une lésion septique déverse, de façon continue ou de façon discontinue, les germes dans la circulation ; il faut une source où s'alimente l'infection sanguine. Alors que la bactériémie est définie par le passage du microbe dans le sang, la septicémie est « une bactériémie entretenue et entretenue par un foyer ».

Mais où se trouve le foyer alors que dans la plupart des cas les débris placentaires sont insuffisants à le constituer ?

S'agit-il simplement d'un pouvoir pathogène exalté des germes saprophytes, à l'occasion d'une diminution de la résistance aux infections, comme c'est le cas chez la femme enceinte ?

Ou bien existe-il un véritable foyer qui siège dans l'organisme lui-même, affectant un rapport intime avec le courant circulatoire ? A la suite des travaux de Reilly et Grislain, Worms l'affirme : « ce foyer est un foyer de phlébite », ceci

découle de la loi de Shottmûller. La majorité des septicémies à pyogènes et la quasi totalité des septicémies à germes anaérobies ont pour origine une infection veineuse : nous voulons parler des phlébites utéro-pelviennes suppurées.

Actuellement, nombre d'auteurs ne veulent plus faire de ces phlébites utéro-pelviennes suppurées une entité clinique séparée des septicémies et pensent au contraire que les septicémies ont pour foyer infectant une phlébite pelvienne discrète n'entraînant pas une atteinte veineuse étendue et une suppuration des gros troncs veineux utéro-pelviens.

L'atteinte veineuse se produirait de dehors en dedans par l'intermédiaire des espaces intersticiels et des petits vaisseaux lymphatiques de l'utérus, gagnant ainsi le paramètre et les abords des plexus veineux. Pour Reilly et Grislain, la richesse du plexus vasculaire au voisinage du foyer originel rend les veines particulièrement exposées à l'action des poisons émanés de ce foyer. Peut-être un état particulier du système neuro-végétatif, en rapport avec la gravidité, accroît-il la susceptibilité veineuse. La teneur élevée en ferments protéolytiques qui caractérise certains agents des septicémies du post-partum, tels le staphylocoque, les anaérobies non telluriques, assure au mieux la désintégration du caillot et crée la septicémie la plus grave. Le streptocoque lui-même, sans être doué de toxines nécrosantes aussi actives, possède un enzyme fibrinolytique susceptible d'entraîner lui aussi la dissémination sanguine. Chargés de germes, les fragments du caillot initial sont emportés par le courant sanguin.

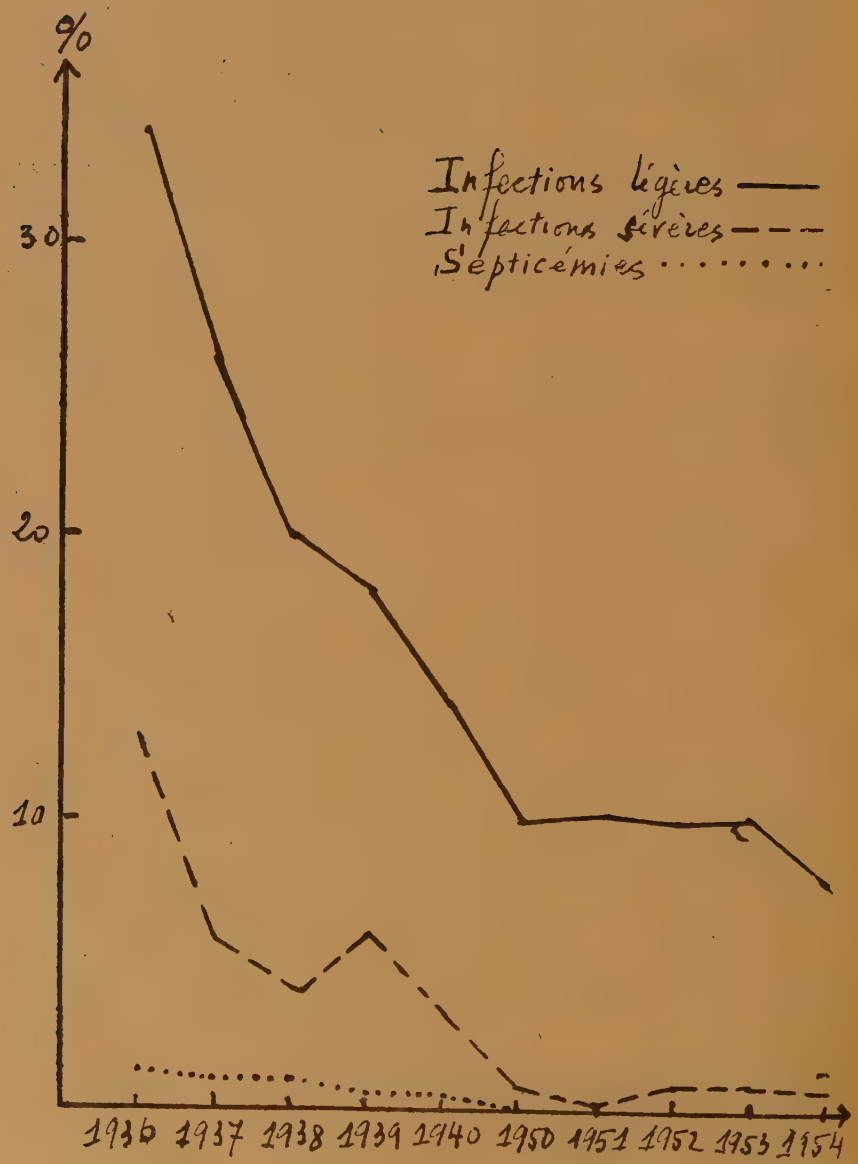
Le mode d'action des antibiotiques s'explique alors clairement : les facteurs dont la conjugaison faisait, de certains foyers phlébitiques, la source irrémédiable d'une dissémination microbienne massive (libre communication avec le torrent circulatoire, absence d'organisation du caillot, lyse toxique de ce dernier) sont ceux-là même qui permettent l'intime pénétration de l'antibiotique. En bref, plus le caillot infectant est fragile, plus il devient vulnérable à l'attaque de la mycothérapie. Mais il faut agir vite, avant que ne soient constitués les foyers métastatiques ; car, au pourtour de ceux-ci, s'édifie le plus souvent une réaction inflammatoire, imperméable à l'antibiotique, à l'abri de laquelle le nouveau foyer viscéral reste source de réinfection. La précocité est la condition impérative de l'efficacité du traitement.

Pourcentage des Groupements cliniques

Groupements cliniques	1936 à 1940	1950 à 1954	Comparaisons
Infections légères	22,90 %	10,94 %	2 fois moins qu'avant mais encore 1 acct. sur 10.
Infections locorégionales	6,46 %	0,70 %	10 fois moins qu'avant et moins d'un acct. sur 100.
Péritonites	0	0	
Septicémies	0,42 %	0	

Statistiques de l'isolement

	1936 à 1940	1950 à 1954
Infections légères (endométrite, périnée)	11	1
Infections sévères	42	4
Pelvipéritonite	2	0
Hémorragie secondaire	8	2
Hémorragie tardive	2	1
Annexite	7	1
Septicémies	11	0
Endocardite	1	
Décès	7	0


%
30
20
10
Infections légères
Infections sévères
Septicémies
1936 1937 1938 1939 1940 1950 1951 1952 1953 1954

CONCLUSIONS

Malgré la prophylaxie médicamenteuse, il persiste des cas d'infection puerpérale et, comme le disait récemment encore Morin : « l'infection puerpérale n'est pas morte ». Cette prophylaxie, pour efficace qu'elle soit, ne doit pas faire négliger les précautions purement obstétricales : l'asepsie, l'éviction au voisinage de l'accouchée des porteurs de streptocoques, la parcimonie des touchers, la prévention des hématomes du col, des déchirures du périnée, les soins apportés à la délivrance doivent conserver toute leur rigueur. La sécurité apportée par une obstétrique mieux conduite et de moins en moins traumatisante ne doit pas être mésestimée.

Comme le dit Merger : « Tous les accoucheurs n'ont pas le même nombre d'infections puerpérales parce que tous ne laissent pas, après l'accouchement, les voies génitales dans le même état ».

Lu et approuvé.
Le Président de Thèse :
J. CHOSSON

Vu et approuvé.
Le Doyen :
G. MORIN.

Vu et permis d'imprimer N°
Aix, Novembre 1955
Le Recteur : BLACHE.

BIBLIOGRAPHIE

Manœuvres Intra-Utérines

1. Clerc. — A propos du décollement manuel du placenta et de la morbidité des suites de couches.
   Gynaecologia, avril 1946, fasc. 4, p. 213.
2. J. Gaucherand, R. Burthiault et Y. Loaec. — 3 cas de version podalique par manœuvres internes avec extraction différée.
   Bulletin Fédér. 1952, t. 4, n° 1, p. 134-135.
3. Gioanni. — La pratique élargie de la révision utérine après l'accouchement est-elle justifiée ?
   La Semaine des Hôpitaux de Paris, 1948.
4. A. Gruet. — L'infection après les manœuvres intra-utérines de la délivrance et sa prophylaxie.
   Thèse Paris, 1953, n° 367.
5. R. Hoffman. — Ablation manuelle systématique du placenta.
   Am. J.O. and G., 68, 2 (août 1954),
6. Keller et Gioanni. — Délivrance artificielle et morbidité des suites de couches.
   G. et O., 1949, n° 2, pp. 168-180.
7. A. Laffont et H. Fulconis. — De la révision utérine dans le post-partum infectieux.
   Bulletin Féd.. 1952, t. 4, n° 2, p. 347.
8. Mayer et Lanvin. — Prophylaxie de l'infection par pénicillinothérapie après manœuvres intra-utérines de la délivrance.
   G. et O., 1948, 47, n° 3, 339-346.
9. Vogelgesang. — A propos du décollement manuel du placenta et de la morbidité des suites de couches.
   Thèse de Strasbourg, 1947.

Pathogénie

10. L.-A. Calkins. — Rupture prématurée des membranes.
    Amer. J. Obst. Gyn., octobre 1952, vol. 64, n° 4.
11. Calman R.-M. et Gibson Y. — La fièvre dans les suites de couches.
    Lancet, 26 septembre 1953, 265, n° 6.787, 649-652 (Biblio).
12. Conti, O'Loughlin, Mac Meanes et Lipman. — Etude sur la flore bactérienne du col utérin de la grossesse et relations avec la morbidité puerpérale.
    Surg. Gyn. and Obs., sept. 1941, 73, n° 3, 366-374.
13. Hesseltine et Hite. — Etude bactériologique du contenu de la cavité utérine dans le post-partum.
    Am. J. and O. and G., janvier 1949.
    In *Rev. Fr. Gynéco.*, 1950, p. 97.
14. M.-B. Ilrath et A.-L. Hellestrand. — Etude de la biologie du col et de ses rapports avec les infections puerpérales.
    J. O. and G. British Empire, 54, 6 décembre 1947.
    In *Rev. Fr. Gyn. Obs.*, n° 8 (oct. 1948), p. 320.
15. A. Laffont, A. Assus, R. Bourgarel et J. Pellegrin. — L'antibiogramme des sécrétions vaginales dans la fièvre des suites de couches.
    Bulletin Féd., 1954, t. 6, n° 4, p. 472.

16. H. Prystonsky. — Le danger de l'examen vaginal pendant le travail est-il surestimé ?
Am. J. O. and G. 68, 2 (août 1954), p. 510.
17. J. Quivy, A. Dufour et J. Laleuf. — Diminution de la durée du travail par l'emploi des antipasmodiques et du trilène ; progrès réalisés de 1937 à 1951.
Bulletin Fédér., 1952, t. 4, n° 2, p. 399.

Péritonites

Pour la bibliographie antérieure, voir la thèse Ribeyre, Lyon, 1945.

18. E. Brémond. — Péritonite post-partum.
Bulletin Féd. Soc. G. et O., 1950, t. 2, n° 1, p. 94.
19. Lartigaud. — Péritonite généralisée du post-partum.
Soc. G. et O. de Strasbourg, 6 nov. 1947.
In *G. et O.*, 1948, n° 4.
20. Palliez R. — Péritonite consécutive à une césarienne haute, drainage, pénicilline, guérison.
Soc. G. et O. Lille, 30 janvier 1946.
G. et O., 1947, t. 46, n° 1, p. 144.
21. Paucot, Poiteau et Honoré. — Sur un cas de péritonite aiguë à streptocoques au cours d'une septicémie du post-partum.
Soc. G. et O. Lille, 27 juin 1945.
G. et O., 1944-45, t. 44, n° 10, p. 356.
22. H. Pigeaud, R. Garmier et R. Cattin. — Deux cas de péritonite diffusante - Post-partum.
Bulletin Fédér., 1954, t. 6, n° 5, p. 637.
23. M. Rivière, R. Traissac, L. Chastrusse et J.-L. Jaubert. — Péritonite enkystée des suites de couches.
Bullet. Féd. G. et O., 1954, t. 6, n° 4, p. 482.
24. P. Trillat, A. Notter et R. Prudhomme. — Forme très précoce de péritonite post-partum, laparotomie, drainage, pénicillothérapie, guérison.
G. et O., 1947, t. 46, n° 2, p. 266.

Endométrites

25. Guilhem P., Baux R. et Gleize J. — Essai de traitement des endométrites aiguës du post-partum par les aérosols vaginaux et intra-utérins.
G. et O. (supp.), 1950, 2, n° 3, 360-361.
26. P. Guilhem, R. Baux et R. Voisin. — Nouveaux résultats du traitement des endométrites du post-partum par les aérosols locaux.
Bulletin Féd., 1951, t. 3, n° 2, pp. 327-329.
27. A. Notter et A. Sabot. — Traitement des endométrites du post-partum par les œstrogènes. (20 observations traitées par le dienoestrol.)
Bulletin Féd., 1951, t. 3, n° 2, p. 284.

Utérus

28. P. Bertaud. — Infarctus utérin 13 jours après l'accouchement. Hémorragies, hystérectomie, guérison.
Bulletin Féd., 1954, t. 6, n° 4, p. 498.
29. J. Gaucherand, R. Burthiault et C. Pansu. — Abcès de l'utérus du post-partum. Résection partielle de la corne utérine, guérison.
Bulletin Féd., 1954, t. 6, n° 4, p. 502.

Abcès de l'Ovaire

30. CHASTRUSSE et LABARBE. — Rupture d'un abcès de l'ovaire dans les suites de couches immédiates.
G. et O., 1947, t. 46, n° 3, p. 355.
31. A. HANSSEN. — Abcès de l'ovaire.
Bulletin Fédér., 1952, t. 4, n° 2, p. 410.
32. MAGENDIE et CABANIE. — 4 cas d'abcès ovariens.
Soc. G. et O. Bordeaux, 19 mai 1948.
In *G. et O.*, 1948, n° 6 *bis*.
33. P. TRILLAT et A. NOTTER. — La rupture des ovarites suppurées puerpérales.
G. et O., 1947, t. 46, n° 2, p. 161.

Phlegmons

34. AIMES A. et MARCHAL G. — Le phlegmon pelvi-pariétal de Trillat.
Semaine des Hôpitaux de Paris, 14 nov. 1950, pp. 4.337-4.339, 26e année, n° 84.
35. BANSSILLON et J. GONNET. — Placenta praevia, adhérence pathologique du placenta, inversion utérine au cours de la délivrance artificielle.
Soc. G. et O. Lyon, 5 novembre 1945.
G. et O., 1944-45, t. 44, n° 12, p. 476.
36. P. GUILHEM, A. PONTONNIER et M. MONROZIES. — 2 cas d'hématome infecté du ligament large après césarienne basse transversale.
Bulletin Féd., 1953, t. 5, n° 2, p. 248.
37. HOULNÉ et MACHON. — Placenta acreta compliqué de phlegmon du ligament large, association de la pénicilline et du traitement chirurgical.
G. et O., 1948, n° 3, p. 399.
38. LEVANT et DONADIEU. — Infection puerpérale après césarienne basse. Echec de la sulfamidothérapie, anémie, pénicilline, guérison.
Soc. G. et O. Paris, 7 mai 1945.
G. et O., 1944-45, t. 44, n° 10, 328.
39. TRILLAT P. — Le Phlegmon pelvi-pariétal, forme particulière du phlegmon du ligament large.
Revue Fr. Gyn. et O., décembre 1945.
40. TRILLAT et BURTHIAULT. — Les formes graves du « Phlegmon Pelvi Pariétal ».
Revue Fr. G. et O., juin 1948, n° 6, p. 205.

Septicémies Puerpérales

Pour la bibliographie antérieure, voir la thèse GRISLAIN J.-R. — Les septicémies puerpérales à germes anaérobies non telleciques.
Thèse Paris, 1943.

41. GAUJOUX E. et FLAISSIER. — Septicémie à strepto viridans après un accouchement spontané rapide, échec des traitements antiinfectieux et guérison par la pénicilline.
G. et O., 1947, 46, n° 3, 387-389.
42. HENRY J.-R. et ISEMEIN L. — Septicémie grave du post-partum guérie par la pénicilline.
G. et O., 1944-45, 44, n° 12, 491-493.
43. HILLS H.-F. — Un cas de septicémie puerpérale dû à pseudomonas pyocyanea (une brève revue de la littérature).
J.O. et G. British Empire, oct. 1949, 56, n° 5, 860-867.

44. Trillat, Notter et Gonnet. — Septicémie à perfringens post-partum, pénicillothérapie, guérison.
G. et O., 1948, 47, n° 1, 109-111.
45. Trillat F. et Notter A. — 3 cas de guérison de septicémie puerpérale à perfringens.
G. et O., juin 1948, 47, n° 6, 225-234 (Biblio).
46. Vermelin et Richon. — Septicémie à streptocoques hémolytiques, pénicilline, guérison.
G. et O., 1947, 46, n° 3, 387-389.
47. Robert Worms. — Les septicémies d'origine utérine.
Semaine des Hôpitaux de Paris, 18 oct. 1951, pp. 3.040-3.057.

Hémorragies des suites de couches

Pour la bibliographie antérieure, voir la thèse Mourguès P. — Contribution à l'étude des hémorragies tardives des suites des couches.
Thèse Marseille, 1946, n° 56.

48. E. Banssillon, A. Notter et L. Dalmaies. — A propos d'une hémorragie tardive des suites de couches.
Bulletin Féd., 1952, t. 4, n° 3, p. 558.
49. Bret, Duperrat et Bardiauo. — A propos de l'étiologie des hémorragies du post-partum et du post-abortum.
Semaine des Hôpitaux de Paris, 22 mai 1949, 25e année, n° 38, p. 1.639-1.644.
50. Brochier et Gabriel. — Hémorragie tardive du post-partum.
G. et O., 1948, n° 6 *bis*.
51. Ghikié. — Pénicilline dans métrorragies graves du post-partum.
Soc. G. et O. Paris, 6 juin 1948.
In *G. et O.*, 1948, n° 5.
52. R. Keller, P. Bader et B. Keller. — Hémorragie tardive des suites de couches. Etude clinique et histologique.
Bulletin Féd., 1951, t. 3, n° 3, p. 467.
53. Snoeck et Rocmans. — Hémorragie tardive des suites de couches.
G. et O., 1949, n° 1.
54. Vermedin et Ribon. — Hémorragie grave post-partum avec shock grave chez une hypertendue chronique.
Soc. G. et O. Nancy, 21 avril 1948.
In *G. et O.*, 1948, n° 6.
55. L.-R. Weekes et O'Toole. (Los Angeles). — L'hémorragie post-partum. Cinq années d'expériences.
Congrès International de G. et O., Genève, 26-31 juillet 1954.
In *Bulletin Féd.*, 1954, t. 6, n° 3, p. 379.

Prophylaxie

56. Bret J. — L'action de la sulfamidothérapie sur l'infection amniotique, ses conséquences sur la mortalité foetale.
Soc. G. et O. Paris, 5 mars 1945.
G. et O., 1944-45, t. 44, n° 10, p. 309-311.
57. Chosson J. — Les sulfamides en obstétrique.
Archives de Médecine Générale et Coloniale, 10e année, décembre 1941, n° 7, pp. 302-311.
58. Bo Von Friesen. — Etudes sur la prophylaxie par de petites doses de sulfamerazine en obstétrique avec recherche du médicament dans le sang et l'urine du foetus, dans le liquide amniotique et dans le lait.

Acta Obst. Gyn. Scand Stockholm, 1951, vol. XXXI, supplément 3.
In *Bulletin Féd.*, 1951, t. 3, p. 494.

59. Digonnet et Sue (Bordes). — Essais de prophylaxie et de traitement de l'infection puerpérale par la méthode chimiothérapique.
S.H.P., 15 avril 1939, p. 218.

60. Kobak, Alfred Y., Field Ch. and All. — L'emploi prophylactique de la pénicilline au cours du travail dans l'infection latente ou déclarée.
Am. J.O. and G., décembre 1950, n° 6, 1.226-1239.

61. M. Lacomme. — La sulfamidothérapie préventive des infections puerpérales.
G. et O., 1943, t. 43, n°s 4, 6.
Rev. Fr. G. et O., avril 1944 (n° 4), p. 154.

62. G. Picot. — Prophylaxie I.P. Essai de chimiothérapie préventive.
Thèse Paris, 1938.
Bulletin Médical, 1939, n° 49, 889.

63. Siddall R.S. — Pénicilline à titre prophylactique pendant le travail de l'infection latente.
Am. J. O. G., n° 6, 1.281-1.287.
In *Bulletin Féd.*, 1951, t. 3, n° 3, pp. 487-488.

Traitement

Pour la bibliographie antérieure, voir Laffont A. et Ezez H. — Traitement curatif des infections puerpérales.
Encyclopédie médico-chirurgicale, mai 1950.

64. Bonnet A., Korsec G. et Thivolle P. — L'infection puerpérale telle que nous la constatons aujourd'hui et celle d'il y a 10 ans et 20 ans, étude comparée.
Bulletin Fédér. 1949, t. 1, n° 3, p. 319.

65. Faugère G. et Fréour. — Quelques résultats du traitement par la streptomycine au cours de l'état gravido puerpéral.
Revue Fr. Gyn. et O., mars-avril 1950, n° 2, 71-89.

66. Guilbeau J.-A., Schaub J. et Andrews M.-C. — La pénicilline en obstétrique.
Am. J.O.G., 1949, 58, 101.

67. Guilbeau J.-A., Schoenbach E.-B., Schaub J. et Latham D.-V. — L'auréomycine en obstétrique : traitement et prophylaxie.
J.A.M. Ass., 10 juin 1950, 143, n° 6, 520-526.

68. Le Lorier G.-C. — Du traitement par la pénicilline au cours de l'infection puerpérale.
Thèse, Paris, 1946, n° 483.

69. Mahon R. et Chastrusse L. — De l'emploi de la streptomycine dans les suites de couches ou de césariennes infectées.
G. et O., 1950, 2, n° 3, 307-309.

70. Morin P. — La fin de l'infection puerpérale.
La Revue du Praticien, 21 juillet 1955, t. V, n° 21, 2.195.

71. Pereira A., Robredo F. et Merlo J.-G. — Traitement associé par les sulfamides en obstétrique.
Acta Ginecologia, Madrid, 4, 6 (1953), pp. 585-596.

72. Reist A. et Vigdorovits B. — Epreuves de résistance des bactéries des voies génitales pour les antibiotiques et les sulfamides au cours de la grossesse et dans les suites de couches.
Gynaecologia, nov. 1953, 136, n° 5, 280-285.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers Condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine, dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque.